هسته بازیابی.

پروتکل توقف مصرف: مواد مخدر اپیویدی.

ترک اعتیاد چیزی نیست که مردم را بکشد. آنچه بعد از آن می آید، کشنده است.

این راهنما بر اساس یک تمایز بنا شده است که باید ابتدا درک شود، زیرا اگر این تمایز را به اشتباه درک کنید، ممکن است جان خود را از دست بدهید: ترک مواد اپیویدی، در اکثر موارد، شما را نمی‌کشد. این یکی از دردناک‌ترین تجربیات جسمانی در کل این مجموعه است، اما به ندرت به طور مستقیم منجر به مرگ می‌شود. آنچه که کشنده است، اتفاقاتی است که پس از آن رخ می‌دهد - بازگشت به دوز قبلی توسط بدنی که تحمل آن را از دست داده است و در نتیجه، آن دوز قبلی دیگر احساس "نرمال" نمی‌کند. این یک واقعیت، تقریباً همه چیز دیگری را در این راهنما تغییر می‌دهد، و به همین دلیل است که درمان داروی (MAT) در مرکز قرار دارد. به جای اینکه در حاشیه باشد.

بخش ۰ — ایمنی فوری: این را ابتدا بخوانید.

وضعیت اضطراری طبی

بالاترین خطر در بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر، ترک نیست، بلکه عود کردن پس از یک دوره پاکی است. فردی که مصرف را متوقف می کند و بعداً به دوز قبلی خود بازمی گردد، با تحمل کسی که هرگز از مواد مخدر استفاده نکرده است، دارو مصرف می کند، در حالی که انتظار اثراتی را دارد که برای کسی که به طور منظم از مواد مخدر استفاده می کرده بود. این، شایع ترین علت مرگ بر اثر بیش از حد مصرف مواد مخدر است، و این موضوع اکنون با توجه به اینکه عرضه غیرقانونی به طور گسترده ای با فنتانیل آلوده شده است، اهمیت بیشتری پیدا می کند - بخش 6 را ببینید.

در صورت بروز موارد زیر، فوراً با ۹۱۱ تماس بگیرید و در صورت امکان از Naloxone استفاده کنید:

- تنفس کند، سطحی یا متوقف شده.
- لب‌ها یا انگشتان آبی یا خاکستری رنگ.
- بی‌هوشی یا ناتوانی در بیدار شدن.
- صدای خروپ و یا سرفه هنگام تنفس.

هشدار ⚠

نالوکسون (نارکان) اثرات بیش از حد مصرف مواد اپیویدی را برطرف می کند و در اکثر داروخانه های ایالات متحده بدون نسخه در دسترس است، اغلب به صورت رایگان از طریق سازمان های کاهش آسیب. داشتن آن در دسترس – برای خودتان یا هر کسی در خانواده تان که سابقه مصرف مواد اپیویدی داشته است، چه گذشته باشد چه حال – نشانه ای از انتظار شکست نیست. این دقیقاً همان دسته از اقدامات احتیاطی را دارد مانند یک خاموش کننده آتش: چیزی که امیدوارید هرگز به آن نیاز نداشته باشید، اما با این وجود آن را نگه می دارید.

پناهگاه

علائم جسمانی ترک مواد افیونی که در بخش ۲ توضیح داده شده است، شدید و واقعاً ناخوشایند هستند، اما برای اکثر افراد بدون سایر مشکلات جدی سلامتی، به خودی خود تهدید کننده زندگی نیستند. نظارت پزشکی

در طول دوره ترک عمدتاً برای کاهش درد و رنج به حدی که یک فرد دوباره به مصرف مواد خطرناک بازنگردد، انجام می شود، نه اینکه ترک به طور معمول نیاز به مداخله اورژانسی داشته باشد. آگاهی از این تفاوت، فرآیند را آسان تر نمی کند، اما تغییر می دهد که در مورد چه چیزی باید واقعاً نگران بود و چه زمانی.

بخش ۱ — چرا این راهنما بر درمان با دارو متمرکز است؟

درمان کمکی با دارو – بوپرنورفین، متادون یا نالتراکسون – بر اساس شواهد گسترده، موثرترین روش درمانی موجود برای اختلال مصرف مواد افیونی است. این راهنما بیان می‌کند که به طور مستقیم و بدون ابهام، برخی از مطالب مربوط به بهبودی همچنان قابل اجرا هستند: درمان کمکی با دارو یک شکل کمتر از بهبودی نیست، یک وسیله کمکی نیست یا "هنوز به چیزی وابسته بودن". این یک مداخله پزشکی نجات‌دهنده حیات است که داده‌های کاهش مرگ و میر دارد که بسیاری از سایر روش‌های درمانی اعتیاد نمی‌توانند با آن مطابقت داشته باشند. کار بهبودی که همراه با درمان کمکی با دارو انجام می‌شود – کار بیولوژیکی، محیطی و هویت‌محور در بخش‌های ۸ و ۹ – مکمل آن است، نه یک... جایگزین برای آن.

د سنتوریون

به این معنی است که (MAT) اگر کسی از طریق یک برنامه یا شخص به شما گفته است که درمان با دارو "شما واقعاً هوشیار نیستید"، این طرز فکر توسط شواهد علمی پشتیبانی نمی شود و جان ها را تهدید می کند. معیاری که مهم است، بقا و عملکرد است، نه اینکه چه مولکول های خاصی در بدن یک شخص وجود داشته باشند یا نداشته باشند.

بخش ۲ — جدول زمانی ترک مواد مخدر

جدول زمانی	چه خبر؟	چه انتظاری دارید؟	چه باید کرد؟
ساعت ۶ تا ۲۴ (شروع اثر، بسته به نیمه عمر مواد مخدر).	اشغال گیرنده‌های اپیویدی در حال کاهش است؛ سیستم بدون ورودی مورد انتظار خود باقی مانده است.	اضطراب، درد عضلانی، تعریق، خواب آلودگی، آبریزش بینی، بی‌قراری اولیه.	شروع درمان با مواد جایگزین، اگر تصمیم بر آن گرفته شود، اغلب در این بازه زمانی آغاز می شود. به طور خاص، بوبرنفورین مستلزم آن است که فرد قبل از دوز اول، در مرحله ای از ترک خفیف تا متوسط باشد، تا از تشدید علائم ترک جلوگیری شود.
روزهای ۱ تا ۳ (اوج علائم جسمانی)	وضعیت ترک اعتیاد شدید و فعال؛ این سخت‌ترین دوره جسمانی است.	تهوع، استفراغ، اسهال، گرفتگی شکم، اتساع مردمک چشم، لرزش همراه با تعریق، درد شدید عضلانی و استخوانی، بی‌خوابی.	نظارت طبی یا درمان با داروهای خاص، شدت این وضعیت را به طور چشمگیری کاهش می‌دهد. این دوره، خطرناک‌ترین زمان برای فردی است که تصمیم می‌گیرد رنجش غیرقابل تحمل است و دوباره شروع

جدول زمانی	چه خبر؟	چه انتظاری دارید؟	چه باید کرد؟
			به مصرف مواد می‌کند، اما این بار با دوز خطرناکی — به بخش 0 مراجعه کنید.
روزهای ۳ تا ۱۰ (بهبود جسمانی پس از دوره حاد، اوج گرفتن علائم روانشناختی)	بهبود علائم ترک، سیستم‌های اندورفین و دوپامین در پایین‌ترین سطح خود.	افسردگی عمیق، عدم احساس لذت، حساسیت شدید عاطفی، بی‌خوابی همچنان ادامه دارد، میل شدید مداوم، برخی از علائم جسمانی هنوز باقی مانده است.	بخش ۹: مکمل‌های غذایی را شروع کنید. به محض اینکه از نظر جسمانی قادر بودید، ورزش را آغاز کنید، حتی پیاده‌روی کوتاه هم مفید است. مدیریت خواب یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده برای جلوگیری از عود زودهنگام است—به آن اولویت دهید.
هفته‌های ۱-۴	سیستم‌های اندورفین و دوپامین به تدریج در حال بهبود هستند؛ گیرنده‌های اپیویدی شروع به افزایش کرده‌اند.	بهبود تدریجی با تغییرات واقعی روزانه؛ احتمال بروز نوسانات (PAWS); علائم ترک عاطفی؛ هوس های گذرا اما شدید.	اجرا کامل پروتکل. ارتباط با جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است تا آن چیزی که ممکن است به نظر برسد؛ انزوا یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های عود در این نوع خاصی از بهبودی است.
ماه‌ها ۱-۶	افزایش قابل توجه در گیرنده‌ها؛ سیستم‌های دوپامین و اندورفین به طور فعال در حال بازسازی هستند؛ حساسیت درد ناشی از مواد افیونی (که باعث افزایش درد می‌شود) در حال بهبود است.	بهبود تدریجی و واقعی؛ لحظات اصیل لذت طبیعی بازگشته؛ حساسیت به درد در حال عادی شدن.	اینجاست که کار به یک فعالیت پایدار تبدیل می‌شود، نه صرفاً بقا. کار مربوط به هویت (بخش ۹) در اینجا مناسب است، نه قبل از این.
ماه‌ها ۶-۱۸+	تراکم گیرنده‌های میاپوئیدی به میزان قابل توجهی بازیابی شد؛ سیستم اندورفین دوباره شروع به تولید آرامش طبیعی و ایجاد پیوندهای اجتماعی کرد.	لذت طبیعی و ارتباطی که بدون کمک مواد شیمیایی قابل دسترسی است؛ حالات PAWS نادر هستند؛ هوس ها وابسته به شرایط خاص هستند، نه دائمی.	برای اکثر افراد، بازیابی کامل سیستم اندورفین در طی ۱۲ تا ۱۸ ماه از بهبودی مداوم اتفاق می‌افتد، چه این بهبودی شامل درمان با دارو باشد یا نباشد.

بخش سوم — چه مدت طول می کشد تا مغز به حالت عادی برگردد؟

بازگشت کامل تراکم گیرنده‌های میاپوئیدی، در اکثر افراد، ۱۲ تا ۱۸ ماه بهبودی مداوم را می‌طلبد؛ این بازه زمانی با سایر موادی که دوره بهبودی طولانی‌تری دارند، مطابقت دارد. سندرم ترک پس از حاد (PAWS) به‌طور خاص می‌تواند ۱۸ تا ۲۴ ماه طول بکشد و برای افرادی که درگیر مصرف فنتانیل هستند، این دوره ممکن است حتی طولانی‌تر باشد، زیرا قدرت اتصال فنتانیل به گیرنده‌ها نسبت به سایر مواد افیونی بسیار بیشتر است.

شنیده شدن.

لرزش‌های ناگهانی اضطراب، (PAWS اگر هشت ماه از شروع بهبودی گذشته باشد و هنوز هم دچار امواج هستید، این بدان معنا نیست که تلاش‌های (میل شدید بدون دلیل مشخص، یا دوره‌های طولانی بی‌حوصلگی شما نتیجه نداده است. این دقیقاً همان جایی است که جدول زمانی واقعی شما را نشان می‌دهد. خط پایان در اینجا بیش از یک سال است، و دانستن این موضوع از قبل قرار است اینکه چه احساسی در ماه هشت سخت دارید را تغییر دهد، نه اینکه آن ماه سخت را از بین ببرد.

بخش ۴ — چیزهایی که احتمالاً تجربه خواهید کرد

* سردرد
* تهوع
* استفراغ
* گرفتگی عضلات
* بی‌خوابی
* اضطراب
* حساسیت به نور و صدا
* تاری دید
* افزایش ضربان قلب
* تعریق
* لرزش
* سرگیجه
* تب
* سرفه
* گلودرد
* درد در مفاصل و عضلات
* خستگی
* ضعف
* از دست دادن اشتها
* مشکل در تمرکز
* حواس‌پرتی
* تغییرات خلقی
* افسردگی
* اضطراب
* پارانویا
* توهم
* هذیان
* تشنج

* **کما**
* **مرگ**

اگر هر یک از این علائم را تجربه کردید، لطفاً فوراً به دنبال کمک پزشکی باشید. کمک پزشکی گرفتن، شکست نیست.

- یک فقدان شدید لذت در هفته‌های اول ممکن است رخ دهد، که در آن غذا، موسیقی و افرادی که دوست دارید، دیگر برای شما معنادار به نظر نمی‌رسند، بلکه بی‌اهمیت هستند، زیرا سیستم‌های اندورفین و دوپامین که توسط مواد اپیویدی اشغال شده‌اند، در پایین‌ترین سطح بیولوژیکی خود قرار دارند.
- حساسیت افزایش یافته به درد (هایپرآلژی ناشی از اپیوئید) — یک پدیده واقعی و مستند است که در آن سیستم عصبی به طور موقت حساس‌تر به درد می‌شود، حتی بیشتر از زمانی که استفاده از مواد اپیوئیدی آغاز شده بود، زیرا در حال تنظیم مجدد است. این وضعیت در طول دوره‌های زمانی مشخص‌شده در بخش ۲ و بخش ۳ برطرف می‌شود، اما در حالی که رخ می‌دهد، می‌تواند گیج‌کننده باشد.
- خوابی که به دست آوردن آن دشوار است و اغلب قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای وقوع عود اولیه است، باید به همان اندازه سایر جنبه‌های این روند بهبودی جدی گرفته شود.
- اشتیاق‌هایی که ممکن است بدون هیچ دلیل مشخصی بروز کنند، به ویژه در دوره‌های تشدید (PAWS) – این یک پدیده بیولوژیکی عصبی است، نه نشان‌دهنده عدم تعهد یا علائم ترک مواد کافی.
- همان گیرنده که پاداش (بخش ۵) - OPRM1 ژن G حس قوی انزوا یا تنهایی در افراد حامل آلل ناشی از مواد مخدر را تنظیم می‌کند، پیوندهای اجتماعی مبتنی بر اندورفین را نیز تنظیم می‌کند، بنابراین کمبود آن می‌تواند مانند انزوا به نظر برسد، نه فقط میل به مواد مخدر.

بخش ۵ — ارجاع ژنتیکی

ژن	چه چیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد؟	مرتبط با بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر.
OPRM1 (A118G)	ساختار گیرنده میوپیائیدي — گیرندهٔ اصلی که تمام مواد اپیوئیدی بر آن اثر می‌گذارند.	G مهم‌ترین ژن در این راهنما، ژن حامل آلل است. افرادی که حامل این آلل هستند، میل اتصال گیرنده را کاهش می‌دهند؛ به این معنی که آن‌ها از دوزهای استاندارد، تسکین درد کمتری دریافت می‌کنند و پاداش کمتری احساس می‌کنند، که بخشی از دلایل افزایش مصرف مواد است. همین کاهش در میل اتصال، همچنین به معنای کاهش پاداش ناشی از اندورفین‌های طبیعی (مانند ورزش، ارتباطات اجتماعی و خنده) است؛ به همین دلیل، ممکن است برای این افراد، ایجاد یک سیستم پاداش طبیعی، زمان بیشتری ببرد تا احساس رضایت‌بخشی کند. نکته مهم: افرادی که حامل آلل G هستند، واکنش قوی‌تری نسبت به نالوکسون نشان می‌دهند. این

ژن	چه چیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد؟	مرتبط با بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر.
		اطلاعات، داده‌های عملی برای انتخاب درمان هستند و باید به اطلاع پزشک برساند.
CYP2D6	داروها مانند کدئین، ترامادول و بسیاری از مواد مخدر دیگر را به شکل‌های فعال یا غیرفعال خود تبدیل می‌کند.	افرادی که متابولیسم ضعیفی دارند، اثر بسیار کمی از کدئین یا ترامادول دریافت می‌کنند، که می‌تواند منجر به افزایش دوز برای رسیدن به اثری شود که آن دارو هرگز برای آن‌ها ایجاد نخواهد کرد. افرادی که متابولیسم فوق‌العاده سریعی دارند، کدئین را به مورفین به سرعت و به طور خطرناکی تبدیل می‌کنند - یک مکانیسم مستند شده از مرگ حتی در دوزهای تجویز شده استاندارد. این موضوع همچنین بر متابولیسم بوپرِنورفین تأثیر می‌گذارد که مستقیماً با دوز درمانی مرتبط است.
CYP3A4	متابولایزر اصلی فنتانیل، اکسی کدون، متادون و بوپرنورفین.	ژنتیکی غالب فارماکوکینتیک برای مواد مخدر اپیویدی که بیشتر افراد در حال بهبودی با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، شامل هر دو داروی اصلی درمان جایگزین (MAT) است. مهار CYP3A4 – چه به دلیل ژنتیک یا تداخلات دارویی (آنتی‌بیوتیک‌های خاص، ضد قارچ‌ها، حتی گریپ فروت) – می‌تواند باعث تجمع خطرناک این داروها شود. القا کننده‌های CYP3A4 می‌توانند با از بین بردن سریع دارو، علائم ترک درمان جایگزین را تسریع کنند. به هر پزشک تجویز کننده، در مورد تمام داروهایی که بیمار مصرف می‌کند، اطلاع دهید.
ABCB1 (پروتئین گلیکو).	حمل دارو از طریق مانع خونی-مغزی.	واریانت‌ها بر میزان عبور اپیوئید به مغز از یک دوز مشخص تأثیر می‌گذارند؛ برخی واریانت‌ها اجازه نفوذ بیشتر به سیستم عصبی مرکزی را می‌دهند، که می‌تواند اثرات قوی‌تری را از دوزهای مشابه ایجاد کند و احتمالاً روند اعتیاد را تسریع بخشد. این واریانت‌ها بر غلظت بوبرنفورین و متادون در سیستم عصبی مرکزی نیز تأثیر می‌گذارند، که برای بهینه‌سازی درمان دارویی (MAT) مرتبط است.
DRD2 (Taq1A، آلل A1)	تراکم گیرنده‌های دوپامین D2.	تقریباً ۳۰٪ کاهش در تراکم گیرنده‌ها در افراد سندرم کمبود پاداش. هنگامی که A1 – حامل ژن ترکیب شود، یک نقص OPRM1 ژن G با آلل ترکیبی در سیستم پاداش ایجاد می‌کند که همزمان بر مسیرهای پاداش اپیویدی و دوپامین تأثیر می‌گذارد – یکی از پیچیده‌ترین پروفایل‌ها در این مجموعه.
COMT	پاک‌سازی دوپامین و پردازش سیگنال درد.	این موضوع به ویژه برای افرادی که استفاده از مواد افیونی آنها با درمان درد قانونی آغاز شده بر حساسیت COMT است، مرتبط است. انواع پایه به درد تأثیر می گذارد، صرف نظر از میزان قرار گرفتن در معرض مواد افیونی. این بدان معناست که درد نادیده گرفته شده ممکن است همچنان نیاز به مدیریت جداگانه داشته باشد

ژن	چه چیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد؟	مرتبط با بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر.
		(بخش ۶)، حتی پس از اینکه وابستگی به مواد افیونی خود برطرف شد.
MTHFR	متیلاسیون — سنتز انتقال‌دهنده‌های عصبی	کمبودهای اساسی در تولید دوپامین و سروتونین که ممکن است مواد افیونی تا حدی آن را جبران کرده باشند. پشتیبانی از طریق 5-MTHF، یک جزء اساسی و غیرقابل اجتناب در این روند بهبودی است.
GABRA2	گیرنده گابا-آ، زیرواحد آلفا-۲ — سطح پایه سرکوب.	این ژن، اگرچه ژن اصلی اپیوئیدها نیست، اما یک عامل مهم است، به دو دلیل: این ژن، ساختار GABA را شامل می‌شود که در الگوهای رایج مصرف همزمان مواد اپیوئیدی و بنزودیازپین‌ها یا مواد اپیوئیدی و الکل دیده می‌شود (هر ماده بر روی سیستم گیرنده‌ای متفاوت اثر می‌گذارد تا مشکل اضطراب/مهار را حل کند)، و این ژن، مشخصات ترکیبی خاصی را که در زیر توضیح داده شده است، تعیین می‌کند.

چگونه احساسات ناشی از مواد مخدر را تغییر می‌دهد؟ COMT وضعیت ژن

تعیین می کند که دوپامین و مواد شیمیایی استرس با چه سرعتی از بدن پاک می شوند، و COMT آنزیم این سرعت پاکسازی بر نحوه عملکرد داروهای مخدر برای هر فرد تأثیر می گذارد - نه فقط اینکه چه مقدار از آن داروها استفاده می شود، بلکه اینکه چرا اثرات آن داروها در ابتدا ضروری به نظر می رسید.

چه نوع مواد مخدر خاصی ارائه شده است؟	وضعیت قبل از مصرف مواد مخدر.	COMT پروفایل
مواد مخدر نوعی تسکین متفاوت را فراهم می کنند نسبت به سایر حالات – کمتر "بالاخره، آرامش" و بیشتر "بالاخره، به اندازه کافی راحت برای اینکه از تلاش برای رسیدن به شدت زیاد دست بکشید." این حالت تا حدی کمتر در وابستگی خالص به مواد مخدر دیده می شود نسبت به وابستگی به محرک ها، اما وقتی وجود دارد، بهبودی نیازمند راه حل های واقعی و با شدت بالا است، نه فقط فعالیت هایی که بر آرامش تمرکز دارند.	اغلب اوقات، در حالت استراحت، تحریک کافی احساس نمی‌شود؛ و به سمت شدت و تازگی کشیده می‌شوند، حتی بدون اینکه هیچ ماده‌ای دخیل باشد.	وال/وال ("جنگجو") – پاکسازی سریع، سطح پایین‌تر پایه ای دوپامین.
این، الگوی رایج‌تری برای بهبودی از اعتیاد به ناشی از HPA مواد افیونی است. سرکوب محور مواد افیونی (جدول ژنتیکی بخش ۵) مستقیماً به یک سیستم استرس بیش از حد فعال مزمن پاسخ می‌دهد— تسکین حاصل شده نه تنها راحتی جسمانی است، بلکه اولین باری است که سیستم عصبی تحریک‌شده، فرصت دارد تا کاملاً آرام شود. این پروفایلی است که در آن، که در سایر قسمت‌های این HPA بازگشت محور راهنما توضیح داده شده، شدیدترین اثر را دارد، زیرا فعالیت شیمیایی پایه استرس بیشتری وجود دارد که می‌تواند به حالت بیش از حد فعال بازگردد.	اغلب اوقات، فرد در حالت استراحت، مضطرب یا بیش از حد تحریک شده است؛ سیستم عصبی تمایل دارد که حتی قبل از مصرف هرگونه ماده، فعال باشد.	نوع شخصیتی: "نگران" یا "حکیم" - پاکسازی کند، سطح بالای هورمون‌های مرتبط با استرس.

چه نوع مواد مخدر خاصی ارائه شده است؟	وضعیت قبل از مصرف مواد مخدر.	پروفایل COMT
اغلب ترکیبی است؛ بخشی برای تسکین درد جسمی و بخشی برای کاهش استرس، اما نه به حدی که در افراد با ویژگی‌های ژنتیکی خالص دیده می‌شود.	متوسط سطح بین دو پروفایل فوق.	هتروزیگوت (وال/میت)

GABRA2 و الگوی "اضطراب و افسردگی".

GABRA2 را به عنوان یک یادداشت فرعی این موضوع شایسته نامگذاری مستقیم است، به جای اینکه GABRA2" در جدول بالا باقی بگذارید. ماتریس ژن-ماده خود شما، پروفایل ترکیبی خاصی را که شامل است، به عنوان "الگوی اضطراب و افسردگی" شناسایی می‌کند، "COMT Met/Met" با خطر بالا" و (COMT) که در مورد الکل، بنزودیازپین‌ها و مواد افیونی مرتبط است: توانایی ضعیف خودآرام‌سازی که سریع‌ترین پیشرفت مستند به اعتیاد را در مقایسه با (GABRA2)، همراه با تون کمبود مهارکنندگی هر پروفایل ترکیبی دیگر در آن ماتریس ایجاد می‌کند.

⚠ هشدار

اگر این ترکیب به شما مربوط است، دو نکته وجود دارد که باید به طور واضح بدانید. اول اینکه، این یکی از دلایلی است که چرا استفاده همزمان از مواد مخدر – اپیوئیدها به همراه بنزودیازپین یا الکل – یک الگوی رایج برای این نوع خاص از افراد است: اپیوئیدها به سیستم استرس و تسکین درد پاسخ می‌دهند، در حالی که اثر می‌گذارد، جداگانه به مشکل "ترمزهای ضعیف" پاسخ می‌دهد، و هیچ‌کدام به طور GABA ماده‌ای که بر کامل کار دیگری را پوشش نمی‌دهند. دوم اینکه، این بدان معناست که برای این نوع افراد، بهبودی واقعاً نیاز دارد که هر دو سیستم به طور همزمان مورد توجه قرار گیرند – کار مربوط به اپیوئیدها در این راهنما، و کار اگر فرد از هر یک از این Recovery Kernel، در راهنمای بنزودیازپین یا الکل موجود در GABA مربوط به مواد استفاده می‌کند. همچنین بخشی از این الگو بود، به جای اینکه وابستگی به مواد افیونی را به عنوان کل موضوع در نظر گرفته شود.

تشخیص ویژگی‌ها بدون نتایج آزمایش‌ها.

- آیا مواد مخدر اپیویدی به شما تسکین درد دادند، در حالی که هیچ چیز دیگری این کار را نکرد، یا OPRM1 در ژن G حتی در دوزهایی که دیگران آن را کافی می دانستند؟ → احتمالاً وجود آلل ABCB1. آزمایش CYP2D6 یک تغییر در ژن ارزش اولویت بندی دارد.
- آیا مواد مخدر اپیوئیدی باعث شدند که شما احساس عادی بودن، ارتباط داشتن و آرامش کنید، به گونه‌ای که هیچ چیز دیگری این حس را به شما نداده بود؟ → احتمالاً این موضوع نشان‌دهنده و کمبود احتمالی در سیستم اندورفین است. کار بر روی پیوندهای OPRM1 نقش قوی ژن اجتماعی (بخش ۹) از اهمیت مرکزی برخوردار است، نه اینکه یک فعالیت جانبی باشد، و برای بهبودی شما ضروری است.
- آیا استفاده شما با درمان درد واقعی آغاز شد؟ → تغییرات مربوط به ژن COMT ممکن است مرتبط باشند. دردی که به اندازه کافی درمان نشده، نیاز به یک برنامه درمانی جداگانه دارد - بخش ۶ را ببینید.
- آیا پوچی یا فقدان لذت، تجربهٔ دائمی شماست، مستقل از مصرف مواد اپیوئیدی؟ → احتمالاً وجود دارد. حمایت از دوپامین اولویت MTHFR به همراه نقش ژن DRD2 کمبود گیرنده‌های بالایی دارد.

بخش ۶ — جمعیت‌های خاص

چه چیزی آن را متفاوت می سازد؟	وضعیت
برای بخش قابل توجهی از افراد در حال بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر، درد مزمن واقعی و پایدار، علت اصلی بوده و همچنان یک مشکل جدی و مداوم است. تشخیص آسیب‌پذیری ژنتیکی که باعث وابستگی شده، به این معنی نیست که خود درد واقعیت نداشته است، و با قطع مصرف مواد مخدر از بین نمی‌رود. این گروه از افراد نیاز به یک برنامه مدیریت درد دارند که به موازات برنامه بهبودی باشد، نه اینکه جایگزین آن شود؛ شامل فیزیوتراپی، مدیریت درد غیردارویی، و در برخی موارد، بوپرنفورفین که به‌طور خاص برای تسکین درد تجویز می‌شود (یک کاربرد قانونی و مجزا از نقش آن در درمان وابستگی). درد کنترل نشده یکی از بزرگترین... مسیرهای قابل پیش‌بینی برای بازگشت به مصرف مواد افیونی که در این راهنما ذکر شده است.	درد مزمن به عنوان نقطه شروع.
توزیع غیرقانونی مواد مخدر، و به طور فزاینده‌ای، محرک‌های غیرقانونی و قرص‌های تقلبی، به شدت آلوده به فنتانایل است که از نظر وزن، بسیار قوی‌تر از هروئین یا داروهای مسکن تجویزی است. شخصی که تحمل در برابر هروئین یا قرص‌ها ایجاد کرده باشد، هیچ محافظت قابل اعتمادی در برابر یک دسته آلوده به فنتانایل ندارد. تفاوت قدرت می‌تواند در دوزی کشنده باشد که در غیر این صورت، با ماده‌ای که فکر می‌کرد استفاده می‌کند، بی‌اهمیت بود. نوارهای تست فنتانایل (که از طریق اکثر سازمان‌های کاهش آسیب موجود است) و دسترسی به نالوکسون، اقدامات احتیاطی اختیاری برای هر کسی نیستند که در حال حاضر از مواد مخدر اوپوئیدی استفاده می‌کنند؛ آنها تجهیزات ایمنی پایه هستند، همان دسته. بخش ۰، قاب آتش‌نشانی.	مصنوعات آلوده به فنتانیل.
این موارد، خطرات اضافی را که در راهنمای "گوش‌ها، چشم‌ها و دندان‌ها" مربوط به ذکر شده است، شامل می‌شود: عفونت محل تزریق، Recovery Kernel آزمایش‌های اولیه برای تشخیص عفونت‌های قابل HIV. و B، و C اندوکاردیت، هپاتیت انتقال از طریق خون، بخشی از مراقبت‌های پزشکی مناسب در دوره بهبودی هستند و در اکثر موارد، حتی اگر مدت C نباید به عنوان اتهام تلقی شوند. درمان مدرن هپاتیت طولانی از زمان ابتلا گذشته باشد، می‌تواند بیماری را به طور کامل برطرف کند.	مسیر تزریق، به طور خاص برای IV.

منظره جایگزینی و کاهش تدریجی.

برای هر کسی که در حال کاهش تدریجی مصرف داروی مخدر تجویزی است، خود ماده تغییراتی را در روند کاهش ایجاد می‌کند. این یک نمای کلی از وضعیت است، نه یک برنامه دقیق دوزگذاری - ارقام دقیق نیازمند یک پزشک است که با بیمار خاص، دوز فعلی و مدت زمان مصرف آشنا باشد. آنچه در ادامه آمده، چارچوبی است که ارزش دارد در آن گفتگو مطرح شود.

ماده	چرا کاهش دادن داروها دشوار است؟ * وابستگی جسمانی: بدن به اثرات داروها عادت می کند و قطع ناگهانی می تواند علائم ترک را ایجاد کند. * ترس از عود: بیماران ممکن است نگران باشند که با قطع دارو، علائم بیماری شان دوباره ظاهر شود. * عدم آگاهی: برخی از بیماران و پزشکان در مورد نحوه صحیح کاهش دادن داروها اطلاعات کافی ندارند. * فشار اجتماعی: برخی از بیماران ممکن است احساس فشار کنند که باید داروهای خود را به سرعت قطع کنند، حتی اگر این کار برای سلامتی شان مناسب نباشد. * مشکلات روانی: برخی از بیماران ممکن است مشکلات روانی داشته باشند که کاهش دادن داروها را دشوارتر می کند. برای کاهش دادن موفقیت آمیز داروها، مهم است که با پزشک خود صحبت کنید و یک برنامه کاهش تدریجی ایجاد کنید. همچنین، مهم است که از حمایت خانواده و دوستان خود برخوردار باشید.	رویکرد کلی.
فنتانیل (به شکل پچ یا غیرقانونی)	شدت بالای دارو به این معنی است که حتی کاهش های کوچک درصدی، تغییرات بزرگی را در مقدار دارو ایجاد می کنند؛ شکل پچ پوستی، میزان جذب دارو را با تغییراتی (مانند گرما، وضعیت پوست و محل قرار دادن پچ) افزایش می دهد و این موضوع علاوه بر اثرات دارویی خود، اهمیت دارد.	کاهش تدریجی دوز پچ‌ها معمولاً به کمترین دوز بعدی با یک فاصله زمانی طولانی‌تر (معمولاً هر ۲ تا ۴ هفته، با پیروی از همان اصل مبتنی بر درصد که در سراسر این کتابخانه استفاده شده است) انجام می‌شود، و گاهی اوقات از طریق داروهای خوراکی برای پر کردن فاصله‌ای بین دوزهای پچ استفاده می‌شود. کاهش تدریجی غیرقانونی فنتانیل به ندرت به صورت مستقیم از یک دوز پچ به دوز دیگر انجام می‌شود؛ این کار معمولاً نیاز به تبدیل آن به یک شکل قابل MAT، به) اندازه‌گیری و تجویز شده دارد بخش ۸ مراجعه کنید).
اکسی کدون دی آر (اکسی کانتین) و سایر مواد مسکن خوراکی با آزادسازی تدریجی.	مکانیزم آزادسازی تدریجی به این معنی است که کاهش دوز، هم اثر اوج را و هم مدت زمان اثر را تغییر می‌دهد؛ یک کاهش که در کاغذ کوچک به نظر	کاهش تدریجی در دوز داروی با رهش طولانی، معمولاً ۱۰ تا ۲۵٪ هر ۱ تا ۴ هفته، بسته به مدت استفاده و شدت علائم، گاهی اوقات با یک فرمولاسیون کوتاه اثر که برای

ماده	چرا کاهش دادن داروها دشوار است؟ * وابستگی جسمانی: بدن به اثرات داروها عادت می کند و قطع ناگهانی می تواند علائم ترک را ایجاد کند. * ترس از عود: بیماران ممکن است نگران باشند که با قطع دارو، علائم بیماری شان دوباره ظاهر شود. * عدم آگاهی: برخی از بیماران و پزشکان در مورد نحوه صحیح کاهش دادن داروها اطلاعات کافی ندارند. * فشار اجتماعی: برخی از بیماران ممکن است احساس فشار کنند که باید داروهای خود را به سرعت قطع کنند، حتی اگر این کار برای سلامتی شان مناسب نباشد. * مشکلات روانی: برخی از بیماران ممکن است مشکلات روانی داشته باشند که کاهش دادن داروها را دشوارتر می کند. برای کاهش دادن موفقیت آمیز داروها، مهم است که با پزشک خود صحبت کنید و یک برنامه کاهش تدریجی ایجاد کنید. همچنین، مهم است که از حمایت خانواده و دوستان خود برخوردار باشید.	رویکرد کلی.
	می‌رسد، می‌تواند یک فاصله پوشش ایجاد کند که بسیار بزرگتر احساس می‌شود.	علائم ناگهانی در طول دوره انتقال موجود است. این تصمیم باید توسط پزشک تجویز کننده گرفته شود، نه اینکه بیمار خودسرانه آن را اضافه کند.
هیدرمورفون (دیلاودید)	نیمه عمر کوتاه و قدرت بالا نسبت به مورفین، به این معنی است که شروع ترک اعتیاد سریعتر و شدیدتر از مواد افیونی با اثر طولانی تر است، مشابه مشکل نیمه عمر کوتاه که در راهنمای برای ونلافاکسین ذکر شده SSRI/SNRI است.	اغلب اوقات، دارو به یک داروی اپیویدی با اثر طولانی‌تر تبدیل می‌شود تا فرآیند کاهش دوز آسان‌تر شود، به جای اینکه مستقیماً دوز داروی با اثر کوتاه را کاهش داد. این تبدیل یک تکنیک بالینی واقعی است، نه یک راه حل موقت، و باید تحت نظر پزشک انجام شود، زیرا محاسبات مربوط به قدرت دارو بسیار مهم هستند.
تاپنتادول (نوسیانتا)	یک مکانیزم کاملاً متفاوت از سایر موارد موجود در این جدول — اثر دوگانه به عنوان یک آگونیست مسدودکننده اپیوئیدی و یک مهارکننده بازجذب نوراپینفرین. این مکانیسم دوم به این	اگر تپنتادول به خوبی تحمل نشد، این اطلاعات برای پزشک بسیار مفید است. این ممکن است نشان دهنده این باشد که مشکل از مکانیزم دوگانه دارو ناشی شده است و نه از دوز بالای مواد مخدر، و اینکه ممکن است

رویکرد کلی.	**چرا کاهش دادن داروها دشوار است؟** *** وابستگی جسمانی: بدن به اثرات داروها عادت می کند و قطع ناگهانی می تواند علائم ترک را ایجاد کند.** *** ترس از عود: بیماران ممکن است نگران باشند که با قطع دارو، علائم بیماری شان دوباره ظاهر شود.** *** عدم آگاهی: برخی از بیماران و پزشکان در مورد نحوه صحیح کاهش دادن داروها اطلاعات کافی ندارند.** *** فشار اجتماعی: برخی از بیماران ممکن است احساس فشار کنند که باید داروهای خود را به سرعت قطع کنند، حتی اگر این کار برای سلامتی شان مناسب نباشد.** *** مشکلات روانی: برخی از بیماران ممکن است مشکلات روانی داشته باشند که کاهش دادن داروها را دشوارتر می کند.** **برای کاهش دادن موفقیت آمیز داروها، مهم است که با پزشک خود صحبت کنید و یک برنامه کاهش تدریجی ایجاد کنید. همچنین، مهم است که از حمایت خانواده و دوستان خود برخوردار باشید.**	**ماده**
نیاز به انتخاب داروی دیگری باشد، نه فقط تغییر دوز همان دارو.	معنی است که برخی افراد ممکن است به دلیل دلایلی که ارتباطی با حساسیت گیرنده‌های مواد مخدر ندارند، آن را به خوبی تحمل نکنند: فعالیت اضافی نوراپینفرین می‌تواند باعث اضطراب، لرزش یا افزایش ضربان قلب شود، به‌ویژه در افرادی که از قبل سطح پروفایل) تحریک‌پذیری بالایی دارند COMT Met/Met موجود در جدول بخش 5 ارزش بررسی دارد).	

جایگزین‌های کاهش‌دهنده مصرف مواد مخدر اپیوئیدی از سوی شرکت‌های داروسازی: گاباپنتین و پرگابالین.

یک الگوی تجویز معمول که در حال حاضر استفاده می‌شود، مستحق همان توجه مستقیم است که این کتابخانه در سایر موارد به آن اختصاص می‌دهد: گاباپنتین و پرگابلین اغلب به طور خاص برای جلوگیری از تجویز داروهای مخدر یا برای کمک به کاهش تدریجی مصرف آنها ارائه می‌شوند، زیرا برخی از درد

اعصاب را پوشش می‌دهند. این می‌تواند یک ابزار مفید و مشروع باشد. با این حال، اگر هیچ کس تاریخ پایان آن را پیگیری نکند، می‌تواند به یک نسخه نامحدود و غیرقابل حساب تبدیل شود.

⚠ هشدار

مواد مربوط به گاباپنتوئیدها که توسط خود "Recovery Kernel" ارائه شده است، مستقیماً در اینجا قابل اجرا هستند: این داروها به طور فزاینده ای به عنوان داروهایی شناخته می شوند که خطر وابستگی و عوارض ترک دارند، از جمله خطر تشنج در دوزهای بالا اگر به طور ناگهانی قطع شوند، با وجود اینکه در گذشته اغلب به عنوان داروهایی بدون خطر تجویز شده اند. اگر گاباپنتین یا پرگابلین به عنوان جایگزینی برای مواد مخدر اپیوئیدی ارائه شود، همان سوالات مربوط به مسئولیت از بخش "داروهای جایگزین" این مجموعه اعمال می شود: تاریخ پایان یا بررسی مشخص شده چیست؟ آیا این یک دوره زمانی محدود است یا یک درمان مداوم و طولانی مدت؟ و کاهش تدریجی این داروی خاص در صورت نیاز به قطع آن چگونه خواهد بود. دارویی که از یک وابستگی اجتناب کرد... ریسک به طور خودکار از وابستگی پاک نیست، بلکه خطرِ وابستگی را کاهش نمی‌دهد.

به علت اصلی رسیدگی کنید، نه فقط به کاهش دوز دارو.

برای جمعیت قابل توجهی که در بخش ۶ ذکر شده و مصرف مواد افیونی آنها با درد واقعی آغاز شد، کاهش تدریجی دارو ضروری است اما ناکافی. طبق بخش ۱ و چارچوب بخش ۶، درد کنترل نشده یکی از محتمل‌ترین راه‌ها برای بازگشت به مصرف مواد افیونی است. تشخیص دقیق علت درد و درمان مستقیم آن، یک اقدام اضافی نیست، بلکه بخشی ضروری برای پایدار ماندن فرآیند کاهش تدریجی دارو است.

- ارزیابی دقیق منبع درد، که شامل تصویربرداری، ارجاع به متخصص، یا هر مرحله تشخیصی دیگری است که هنوز انجام نشده است، به جای ادامه دادن به درمان صرفاً علائم به طور نامحدود.
- فیزیوتراپی و مدیریت دارویی درد بدون استفاده از مواد مخدر، که توسط یک متخصص درد به همراه پزشک مسئول کاهش دوز دارو انجام می‌شود.
- درمان تزریقی کتامین، یک گزینه واقعی و تثبیت‌شده برای برخی از شرایط مزمن درد مقاوم است (سندرم درد منطقه‌ای پیچیده، فیبرومیالژیا و برخی از انواع درد عصبی)، که به صورت تزریق زیر بیهوشی در یک محیط بالینی تحت نظارت انجام می‌شود. این روش با رویکردی متفاوت از قطع مصرف مواد مخدر که در سایر بخش‌های این مجموعه ارائه شده است، متفاوت است. اگر گزینه‌های استاندارد غیر اپیوئیدی کافی نبوده‌اند، حتماً این موضوع را مستقیماً با یک متخصص درد مطرح کنید.

پناهگاه

اگر هیچ کس واقعاً تشخیص نداده است که درد از کجا ناشی می شود، بلکه فقط به درمان خود درد پرداخته است، این موضوع را باید به صراحت به پزشک اطلاع دهید. کاهش دوز دارویی که یک مشکل ناشناخته را کنترل می کرده است، بدون اینکه در عین حال به دنبال علت اصلی آن مشکل باشید، دقیقاً همان وضعیتی است که این راهنما تلاش می کند از آن جلوگیری کند.

بخش ۷ — از طبقه بندی الگوها استفاده کنید.

وضعیت بدنی	ریسک	الگو	سطح
حتی در این سطح، یک کاهش تدریجی که با پزشک تجویز کننده برنامه ریزی شده	وابستگی جسمانی ممکن است در عرض ۱ تا ۲ هفته از	یک نسخه معتبر که طبق دستور مصرف شود، برای مدت محدود.	۱ - تجویز شده، کوتاه مدت، بدون افزایش دوز.

وضعیت بدنی	ریسک	الگو	سطح
باشد، همچنان گزینه ایمن تری نسبت به قطع ناگهانی دارو است.	استفاده منظم، حتی بدون سوء استفاده، آغاز شود.		
کاهش تدریجی تحت نظارت در اینجا مهم است؛ قطع ناگهانی می تواند خطر عوارض جانبی جدی را به همراه داشته باشد، و این دقیقاً گروهی از افراد است که گفتگو درباره درمان دارویی، حتی کوتاه مدت، ارزش دارد تا به صورت پیشگیرانه انجام شود.	احتمالاً وابستگی جسمانی ایجاد شده است.	استفاده منظم از دارو به مدت طولانی‌تر از آنچه که تجویز شده است، یا افزایش تدریجی دوز برای حفظ اثر یکسان.	۲ - تجویز شده، بلندمدت یا افزایش تدریجی.
مشورت با یک متخصص پزشکی قویاً توصیه می شود قبل از هرگونه تلاشی برای توقف مصرف مواد. درمان دارویی (MAT) باید بخشی جدایی ناپذیر از این گفتگو باشد، نه یک راه حل نهایی.	بالا	استفاده بیش از حد، استفاده از داروهای متعلق به شخص دیگر، یا مصرف منظم مواد مخدر بدون دوزگذاری مداوم و شبانه‌روزی.	۳ - استفاده منظم و غیرتجویزی یا افزایش قابل توجه دوز.
از قطع مصرف خودسرانه اجتناب کنید. هشدار مربوط به عود و اوردوز در بخش ۰، به طور کامل برای این گروه خاص نیز صدق می‌کند.	شدید - این پروتکل درمان و سم زدایی بخش ۸ برای این گروه از جمعیت طراحی شده است.	استفاده روزانه یا تقریباً روزانه، از جمله استفاده خاص برای جلوگیری از علائم ترک به جای اثرگذاری.	۴ - وابسته، استفاده روزانه از جمله برای جلوگیری از علائم ترک.

بخش ۸ — درمان کمکی با دارو و سم زدایی.

یادداشت‌های بالینی	مکانیسم	دارو
برای جلوگیری از علائم ترک ناگهانی، مصرف دارو باید زمانی آغاز شود که فرد در مراحل خفیف تا متوسطی از ترک باشد. این دارو می‌تواند توسط متخصصان آموزش‌دیده در مطب تجویز شود، که دسترسی به آن را نسبت به روش‌های مبتنی بر کلینیک مانند متادون، بسیار آسان‌تر می‌کند.	آگونیست جزئی اپیوئیدها — این مواد گیرنده را به اندازهٔ کافی فعال می‌کنند تا از علائم ترک و هوس جلوگیری کنند، اما اثر محدودکننده‌ای دارند که خطر مصرف بیش از حد را در مقایسهٔ با آگونیست‌های کامل کاهش می‌دهد.	بوپرنفورین (سابوکسون، سابوتیکس، سوبولوکید)
در بیشتر موارد، نیاز به دوز روزانه در یک مرکز معتبر درمان مواد مخدر است، حداقل در ابتدا. شواهد قوی وجود دارد، به ویژه برای وابستگی شدیدتر یا طولانی‌تر. بر (بخش ۵) CYP3A4 وضعیت آنزیم میزان دوز تاثیر می‌گذارد.	داروهای افیونی کامل، با اثر طولانی – فعالیت گیرنده‌ها را تثبیت می‌کنند بدون اینکه نوسانات شدید داروهای افیونی کوتاه‌مدت داشته باشند.	متادون
برای شروع، نیاز به پاکسازی کامل بدن (معمولاً ۷ تا ۱۰ روز بدون مصرف مواد اپیویدی) است، زیرا در غیر این صورت، مصرف دارو باعث عوارض جانبی شدید در ناحیه G خواهد شد. افرادی که حامل ژن	ضد گیرنده‌های اپیوئیدی — این ماده گیرنده را به طور کامل مسدود می‌کند، نه اینکه آن را فعال کند، و در نتیجه هیچ اثر اپیوئیدی ایجاد نمی‌کند و اثر هر نوع اپیوئیدی که همراه با آن استفاده شود	نالتریگزون (به صورت خوراکی یا قرص‌های با رهش طولانی ویویترول).

یادداشت‌های بالینی	مکانیسم	دارو
هستند (بخش ۵)، واکنش OPRM1 قوی‌تری نشان می‌دهند و این اطلاعات، یک راهنمای مفید و عملی برای انتخاب درمان مناسب است.	را نیز مسدود می‌کند.	

د سنتوریون

انتخاب داروها یک تصمیم بالینی مهم است که مستقیماً از اطلاعات ژنتیکی موجود در بخش ۵ سود می‌برد – این موضوع را به کسی که این کار را با شما انجام می‌دهد، اطلاع دهید.

بخش ۹ — پروتکل بازیابی.

مرحله اول — بنیاد بیولوژیکی (از روز اول به بعد)

نقش	پشتیبانی
حمایت از پیش‌ساز سیستم اندورفین — روز اول را آغاز کنید اگر غذا می‌خورید.	DLPA (دی‌ال-فنیل‌آلانین)
تعادل گلوتامات و کاهش تمایل.	NAC (۶۰۰ میلی‌گرم، دو بار در روز)
حمایت اساسی از متیلاسیون و سنتز انتقال‌دهنده‌های عصبی.	۵-MTHF
حمایت عمومی از سیستم عصبی و خواب.	گلیسینات منیزیم
حمایت عصبی عمومی در طول دوره بازسازی سیستم.	3 امگا (با غلبه بر EPA)

سطح دوم — پزشکی

- به عنوان مداخله اصلی پزشکی، نه یک درمان کمکی (داروهای کمک درمانی) MAT درمان با.
- برنامه مدیریت درد (بخش ۶) به صورت همزمان اجرا می شود اگر درد مزمن وجود داشته باشد - این برای آن گروه از افراد اختیاری نیست.
- آزمایش و درمان عفونت خون در صورت داشتن سابقه استفاده از مواد تزریقی (بخش ۶).

یک ابزار عملی و کم‌هزینه: توزیع زمان‌بندی‌شده.

به دلیل اینکه ارزان، واقعاً مفید و اغلب در مواد آموزشی بهبودی ذکر نمی‌شود، بهتر است مستقیماً نام برده شود: صندوق‌های امن دارویی با تایم‌لاک وجود دارند که به‌طور خاص برای موقعیت‌هایی مانند کاهش تدریجی دوز دارو طراحی شده‌اند، جایی که هدف دسترسی کنترل‌شده و برنامه‌ریزی‌شده است، نه دسترسی کامل خودکار یا عدم دسترسی. یک شخص مورد اعتماد – شریک زندگی، اعضای خانواده یا سرپرست دیگر – دوزها را طبق برنامه کاهشی که با پزشک تجویز کننده تعیین شده است، در دستگاه قرار می‌دهد و این دستگاه به‌طور فیزیکی تا زمان مقرر باز نمی‌شود، صرف نظر از اینکه فردی که دارو مصرف می‌کند در آن لحظه چه احساسی دارد. این موضوع مستقیماً به همان مکانیزم دسترسی و محدودیت اشاره دارد که در جای دیگری ذکر شده است. این مجموعه از تغییرات در سیستم کتابخانه، که شامل حذف امکان اقدام بر اساس یک تکانه برای دریافت دوز اولیه یا اضافی است، به خودی خود یک شکل واقعی و ملموس از حمایت است، نه فقط یک نماد.

هشدار ⚠

هشدارها به شمول موارد زیر، مهم هستند: این یک ابزار پشتیبانی است، نه جایگزین برای طرح کاهش دارویی پزشکی و نه جایگزین برای درمان با دارو یا نظارت پزشک در مواردی که این موارد لازم باشند. این ابزار نیاز به یک ناظر قابل اعتماد و همیشه در دسترس دارد – اگر شخصی که از آن استفاده می کند قابل اعتماد نباشد، ابزار کار نمی کند و می تواند منبع تعارض یا نارضایتی شود اگر بدون یک گفتگوی صادقانه درباره چرایی استفاده از آن معرفی شود. این ابزار از تهیه دارو یا مواد مخدر خارج از دستگاه جلوگیری نمی کند، بنابراین فقط یک خطر خاص را برطرف می کند (دوز اولیه ناگهانی و غیرضروری داروی در حال کاهش) به جای اینکه... تصویر کامل را در نظر بگیرید. بیشتر دستگاه‌ها دارای نوعی مکانیزم اورژانسی هستند – بدانید که این مکانیزم چیست و چه کسی آن را کنترل می‌کند قبل از اینکه به دستگاه اعتماد کنید. و این دستگاه هرگز نباید تنها اقدام ایمنی برای افرادی باشد که در دسته‌بندی‌های پرخطرتر ذکر شده در بخش ۷ قرار دارند – این یک پشتیبانی عملی در کنار مراقبت‌های پزشکی است، نه جایگزین آن.

درباره مواد با منشاء غیرقانونی: چرا "فقط زنده ماندن تا پایان کاهش دوز" یک خطر به خودی خود است.

این موضوع مستحق یک برخورد مستقیم و جدی است، نه اینکه به طور گذرا به آن اشاره شود، زیرا خطر آن کاملاً متفاوت از هر چیز دیگری در این راهنما است. یک دارو از یک صیدناخانه مجاز دارای زنجیره تامین مستند است - تولید شده تحت شرایط تنظیم‌شده، تأیید شده از نظر دوز و ترکیب، قابل ردیابی در هر مرحله از تولید تا بطری که در دست است. ماده‌ای که خارج از این سیستم به دست آمده، هیچ‌کدام از این موارد را ندارد. هیچ مدرکی، هیچ گواهینامه‌ای برای منشاء، هیچ تأییدی بر اینکه واقعاً چه چیزی در آن وجود دارد، هیچ راهی برای دانستن اینکه چه چیزهایی از آن عبور کرده یا با آن ترکیب شده است قبل از اینکه به دست فرد مصرف‌کننده برسد. این یک... قضاوت اخلاقی در مورد انتخاب جستجوی آن مطرح نیست - این یک واقعیت فیزیکی در مورد خود شیء است که مهم است، صرف نظر از اینکه چرا کسی به دنبال آن بوده است.

**وضعیت اضطراری طبی **

این یک خطر انتزاعی نیست. طبق بخش ۶، عرضه فعلی مواد مخدر افیونی غیرقانونی – و به طور فزاینده، عرضه عمومی قرص‌های غیرقانونی و تقلبی – به شدت آلوده به فنتیل است که غلظت آن به قدری بالاست که یک دوز کشنده می‌تواند بدون هیچ تفاوت ظاهری، طعم یا قابل تشخیص از نسخه سالم وجود داشته باشد. شخصی که در حال گذراندن دوره کاهش مصرف دارو است، یا برای تسکین علائم ترک خارج از کانال‌های پزشکی، از هر چیزی که در خیابان یا از منبعی نامعتبر به دست می‌آید استفاده می‌کند، تصمیمی متفاوت با ادامه مصرف داروی تحت نظارت اتخاذ می‌کند. این یک تصمیم است که... بدون داشتن هیچ اطلاعاتی در مورد اینکه دقیقاً چه چیزی مصرف می‌شود. نوارهای تست فنتانیل و نالوکسون (بخش 0، بخش 6) این خطر را کاهش می‌دهند اما از بین نمی‌برند — تنها راه برای جلوگیری کامل از آن، استفاده نکردن از منبع نامعتبر است، به همین دلیل است که مسیرهای پزشکی و درمان دارویی در بخش 8 وجود دارند که به عنوان روش پیشنهادی برای کاهش تدریجی مصرف دارو هستند، هرچند که دسترسی به این مسیر ممکن است دشوار باشد.

سطح سوم: سیستم عصبی و ساختار اندورفین (ماه های ۱ تا ۱۲، فاز مرکزی).

- ورزش شدید روزانه، منبع اصلی اندورفین است که بدون دارو قابل دسترسی است، و این، مهم‌ترین توصیه‌ای است که در تمام راهنماهای این مجموعه ارائه می‌شود.
- ارتباطات اجتماعی واقعی و معنادار، نه اتفاقی، بلکه ساختاری هستند، با توجه به اینکه سیستم گیرنده‌های اپیوئیدی مستقیماً چگونگی ایجاد پیوندها و پاداش‌های اجتماعی را تعیین می‌کند (بخش ۵).

- قرار گرفتن در معرض سرما، خنده و موسیقی – هر کدام اثرات واقعی، اگرچه کوچکتر، بر فعال‌سازی اندورفین دارند که ارزش ترکیب کردن را دارند.

پناهگاه

ساختار اندورفین از طریق تمرینات روزانه و مداوم در طول ماه ها بازسازی می شود، نه از طریق تلاش های پراکنده. این انتقادی از کسی که نتوانسته است آن را حفظ کند نیست؛ بلکه شکل واقعی چیزی است که این بهبودی واقعاً نیاز دارد، و با جدول زمانی صادقانه ای که در بخش ۳ ذکر شده مطابقت دارد.

اضافه شدن جدید: اکسی توسین و تنظیم مجدد محور HPA.

این بخش وجود دارد زیرا کتاب اصلی شما یک فصل کامل را به آن اختصاص داده است، و شایسته است که در اینجا جایگاهی صادقانه و با توضیحات دقیق داشته باشد، نه اینکه حذف شود. مکانیزمی که این بخش به آن می پردازد واقعی است و قبلاً در این راهنما نامگذاری شده است: مواد افیونی محور HPA را تا زمانی که استفاده می شوند، سرکوب می کنند، و هنگامی که آنها از بین می روند، سیستم سرکوب شده به آرامی به حالت عادی باز نمی گردد - بلکه با یک جهش عمل می کند، اغلب به طور چشمگیری از آن فراتر می رود. کورتیزول افزایش می یابد، آمیگدالا بیش از حد فعال می شود، و سیستم عصبی یک وضعیت اضطراری وجودی را بدون هیچ دلیل خارجی گزارش می دهد. این دلیل فیزیولوژیکی است که چرا ترک مواد افیونی می تواند مانند مرگ احساس شود، حتی اگر... وقتی که از نظر پزشکی خطرناک نباشد (بخش ۰) - حس درونی، گزارش دقیقی از یک سیستم استرس بیش از حد فعال است، نه یک واکنش غیرمنطقی.

هشدار

اکسی توسین یک ضد ماده مستقیم برای زنجیره رهاسازی کورتیزول است – این محور HPA را مهار می‌کند و به عنوان یک کلید خاموش واقعی برای سیستم هشدار عمل می‌کند، سیستمی که مواد مخدر آن را ساکت نگه داشته بودند. مواد منبع شما صریح هستند و ارزش تکرار را دارند، با همان صداقت: این پروتکل تجربی است و توسط FDA برای درمان اعتیاد تأیید نشده است، و در حال حاضر فقط توسط تعداد کمی از کلینیک‌های پیشرو و افراد آگاه که در مرزهای علم بهبودی کار می‌کنند، استفاده می‌شود. این باید در این راهنما به عنوان یک مکانیسم مستند و واقعی ذکر شود که وجود آن را می‌ارزد دانست – نه به عنوان یک مداخله خودسرانه. هر کسی که قصد دارد از آن استفاده کند، باید این کار را با یک روانپزشک انجام دهد. پزشک متخصص در درمان اعتیاد که به طور فعال درگیر است، همان استانداردی که این مجموعه برای هر افزودهٔ دیگر در سطح "ظهور" رعایت کرده است.

عملاً، این نوع ماده مکمل در همان دسته‌بندی مواد داخل بینی اکسی‌توسین قرار می‌گیرد که قبلاً در سلسله گزارش‌های مربوط به توقف استفاده از داروهای بنزودیازپین در برنامه «Recovery Kernel» مستند شده است. مکانیسم عمل (کاهش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) یکسان است و احتیاطات لازم نیز مشابه است: این یک گزینه واقعی است که ارزش بحث با یک متخصص را دارد، اما هنوز ابزاری استاندارد در مراقبت‌های پزشکی نیست.

بخش ۱۰ — تشخیص اضطراری، تکرار شده.

وضعیت اضطراری طبی

استفاده کنید: تنفس Naloxone در صورت مشاهده موارد زیر، با ۹۱۱ تماس بگیرید و در صورت امکان از کند، کم عمق یا متوقف شده؛ لب‌ها یا انگشتان آبی یا خاکستری؛ عدم پاسخگویی؛ صداهای غرغر یا خفگی. این موضوع به ویژه پس از هر دوره کاهش مصرف یا ترک، با توجه به مکانیسم از دست دادن تحمل که در

بخش 0 توضیح داده شده است، و همچنین با خطر اضافی و غیرقابل پیش‌بینی آلودگی فنتانایل در هر ماده مخدر غیرقانونی، اهمیت ویژه‌ای دارد.

بخش ۱۱ — نقشه ارجاع متقابل پروتکل کامل

آنچه که ارائه می دهد:	مرجع
چارچوب کامل درمان با دارو و سم زدایی که بخش هشتم این راهنما خلاصه می کند.	راهنمای افیون Recovery Kernel، بخش سوم
اطلاعات خاص مربوط به آلودگی برای بخش ۶: نوارهای تست، دسترسی به Naloxone، و فارماکوکینتیک خاص فنتانیل در مقایسه با سایر مواد مخدر اپیویدی.	راهنمای فنتانایل برای سیستم بازسازی.
جزئیات کامل در مورد خطر عفونت مرتبط با تزریق که در بخش ۶ ذکر شده است.	راهنمای گوش، چشم و دندان، بخش ۵.
مسیر مدیریت درد موازی که در بخش ۶ ذکر شده است، برای هر کسی که استفاده از مواد مخدر او با درمان درد مشروع آغاز شده است.	پروتکل شماره ۱۴ (مدیریت درد)
بالاترین پروتکل اولویت برای این بهبودی خاص: هوس ناشی از محرک، مکانیسم اصلی بازگشت به اعتیاد در بهبودی از مواد افیونی است، بیشتر از سایر مواد موجود در این مجموعه.	پروتکل شماره ۵ (طراحی مجدد محیطی)
ارتباط مستقیم کد پروتکل با ژنتیک در بخش ۵: ترکیب GABRA2 + Met/Met ('الگوی اضطراب و افسردگی') با نوع COMT مربوط به GABRA2 به تنهایی مربوط است؛ P21 و P10، P09، P06 کدهای GABRA2 + MTHFR است؛ ترکیب P20 و P06، P01 به کدهای P21 و P11، P07، P06 مربوط به کدهای ('الگوی کمبود و تکانش') است. در صورت وجود یک پنل ژنتیکی کامل، لطفاً مستقیماً به این پیوست مراجعه کنید.	ضمیمهٔ الف، خلاصه‌نامه‌ی ماتریس ژن-ماده.
بخش ۹: اضافه شدن‌های نوظهور [جزئیات مکانیسم کامل و هشدارهای مربوط به استفاده تجربی که در این راهنما تکرار شده‌اند، در اینجا آمده است.]	کتاب اصلی برنامه بازیابی، بخش ۸ (پروتکل اکسی توسین)
مناسب برای شروع در ماه‌های ۱ تا ۶ (بخش ۲)، نه قبل از آن – بازسازی هویت جدا از سابقه مصرف.	پروتکل جامع ۲۰، ۲۱، سی-۲۸ (معماری هویت)
اعتیاد به مواد افیونی اغلب در شرایط سختی آغاز می‌شود؛ کار تخصصی مربوط به آسیب‌های روانی نباید شروع شود تا زمانی که ثبات برقرار شود - زمان‌بندی بیولوژیکی و درمان با داروهای خاص (MAT) در این مورد، مانند سایر موارد، بسیار مهم است.	مرکز بازیابی: آسیب روانی پیچیده و ارتباط با مواد مخدر.

بخش ۱۲ — خاتمه

پناهگاه

بازیابی از اعتیاد به مواد افیونی یکی از معدود زمینه‌های پزشکی اعتیاد است که دارای شواهد قوی و اثبات‌شده برای مؤثرترین روش‌های درمانی خود می‌باشد. درمان با دارو (MAT) جان‌ها را نجات می‌دهد، بارها و بارها، و این یک واقعیت قابل اندازه‌گیری است. استفاده از آن به معنای یک شکل ضعیف‌تر از بازیابی نیست. سیستم‌های اندورفین و گیرنده‌ها که مواد افیونی در آن‌ها اثر می‌گذارند، می‌توانند و می‌کنند، با یک جدول زمانی واقعی، ترمیم شوند، صرف نظر از اینکه آیا این روند بازیابی شامل مصرف مداوم دارو باشد یا خیر. مهم‌ترین نکته، همانطور که در بخش 0 ذکر شده است، زنده ماندن در دوره‌ای است که تحمل و

انتظارات با هم هماهنگ نیستند. تمام مطالب موجود در این راهنما برای کمک به شما جهت عبور ایمن از آن مرحله وجود دارد.

پایان راهنما — پروتکل قطع مصرف: مواد مخدر اپیویدی.

منابع کاهش آسیب— این یک مشورهٔ طبی نیست— جایگزینی برای مراقبت‌های اورژانسی نیست.

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357